

Anamnesebogen für Kinder- und Jugendliche

I. Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name und Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Geschlecht
-----------------------------	--------------	------------

Anschrift

Festnetznummer und Mobilnummer	Emailadresse
--------------------------------	--------------

Krankenversicherung	Staatsangehörigkeit
---------------------	---------------------

Behandelnde/r Kinderarzt/Kinderärztin

II. Angaben zu den Eltern (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Eltern leben ☐ zusammen ☐ getrennt, seit:

Kind lebt bei ☐ beiden Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstiges:

Sorgerecht ☐ Gemeinsames Sorgerecht
☐ Alleiniges Sorgerecht bei:

Angaben zu anderen vertretungsberechtigten Personen/Stellen

☐ Vormund ☐ Wohngruppe ☐ Sonstiges

Name, Vorname der/des Vertretungsberechtigten

Anschrift	Telefon- und Mobilnummer
-----------	--------------------------

Emailadresse

Seit wann

MUTTER

☐ leibliche Mutter ☐ Adoptivmutter ☐ Pflegemutter ☐ Stiefmutter

Name, Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
---------------	--------------	---------------------

Anschrift (falls abweichend)

Telefon- und Mobilnummer	Emailadresse
--------------------------	--------------

Beruf

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Erwerbslos ☐ Hausfrau

Gibt es bei Ihnen psychische und/oder körperliche Erkrankungen oder andere Belastungen?

Wie würden Sie Ihr Erziehungsverhalten/ Ihren Erziehungsstil beschreiben:

Gab es Belastungen/einschneidende Erlebnisse in Ihrer Kindheit oder Jugend?

Beschreiben Sie bitte Ihre Mutter in drei Worten:

Haben Sie aktuell Kontakt zu Ihrer Mutter?

Beschreiben Sie bitte Ihren Vater in drei Worten:

Haben Sie aktuell Kontakt zu Ihrem Vater?

VATER

☐ leiblicher Vater ☐ Adoptivvater ☐ Pflegevater ☐ Stiefvater

Name, Vorname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Anschrift (falls abweichend)

Telefon- und Mobilnummer

Emailadresse

Beruf

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit

☐ Erwerbslos

☐ Hausmann

Gibt es bei Ihnen psychische und/oder körperliche Erkrankungen oder andere Belastungen?

Wie würden Sie Ihr Erziehungsverhalten/ Ihren Erziehungsstil beschreiben?

Gab es Belastungen/einschneidende Erlebnisse in Ihrer Kindheit oder Jugend?

Beschreiben Sie bitte Ihre Mutter in drei Worten:

Haben Sie aktuell Kontakt zu Ihrer Mutter?:

Beschreiben Sie bitte Ihren Vater in drei Worten:

Haben Sie aktuell Kontakt zu Ihrem Vater?:

III Angaben zu Geschwistern, Halbgeschwistern (HG), Stiefgeschwistern (SG)

(führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum Schule

Wie viele Geschwister (auch Halb-/Stiefgeschwister) leben mit im Haushalt?

Wie ist die Beziehung zu den Geschwistern?

Gibt es bei den Geschwistern körperliche oder psychische Probleme?

IV. Entwicklungsschritte

1. Geburt

Alter der Mutter bei Geburt _____ Jahre

Geplante Schwangerschaft ☐ nein ☐ ja Kinderwunschbehandlung ☐ nein ☐ ja

Schwangerschaftskomplikation ☐ nein ☐ ja, welche:

Haben Sie als Mutter/Vater die Schwangerschaft als belastend erlebt?

körperlich:	gar nicht belastend	1	2	3	4	5	sehr belastend
psychisch:	gar nicht belastend	1	2	3	4	5	sehr belastend

Die nächsten Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft:

Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____ Kopfumfang: _____
Geburt in Schwangerschaftswoche: _____ Apgar-Werte: _____/_____/_____

Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt

☐ nein

☐ ja

beim Kind:

bei der Mutter:

Geburtsmodus: ☐ Spontangeburt ☐ Zangengeburt ☐ Vakuumextraktion ☐ Geplanter Kaiserschnitt

☐ Not-Kaiserschnitt

Dauer der Geburt: _____

Was war Ihr erster Gedanke, als Sie Ihr Kind gesehen haben?:

2. Entwicklung im Kleinkindalter

a) Meilensteine der Entwicklung

freies Sitzen	mit _____	Monaten
Laufen	mit _____	Monaten
Erste Worte	mit _____	Monaten
Erste Sätze	mit _____	Monaten
Tags trocken	mit _____	Monaten
Nachts trocken	mit _____	Monaten

3. Gab es Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (z.B. Unruhe, beim Schlafen, Essen, in sozialen Kontakten)

4. Spielverhalten im Kleinkindalter

Was spielte ihr Kind gerne?

Konnte es sich alleine beschäftigen?

☐ nein ☐ ja

Wie war der Kontakt zu gleichaltrigen Kindern?

5. Verhalten und Emotionen

Konnte Ihr Kind im Kleinkindalter Gefühle zeigen und Gefühle anderer Personen erkennen?

Wie war die Trotzphase?

6. Vorschulische Entwicklung

Besuch Krippe

☐ nein ☐ ja Zeitraum:

Ort:

Besuch Kindergarten

☐ nein ☐ ja Zeitraum:

Ort:

Wie war die Eingewöhnung? Welcher Elternteil begleitete die Eingewöhnung? Zeigte es Trennungsschwierigkeiten?

Gab es einen Kindergartenwechsel? Gab es belastende Ereignisse während der Kindergartenzeit?

Wie war das Verhalten Ihres Kindes gegenüber anderen Kindern? Spielte es mit anderen Kindern? Gab es Konflikte? War Ihr Kind im Kontakt schüchtern oder offen?

8. Schulische Entwicklung

Tag der Einschulung:

Welche Schule:

Gab es einen Schulwechsel, und falls ja, warum?:

Aktuelle Schule und Klasse:

Klassenlehrer/In:

Gibt es schulische Probleme (soziales Miteinander/Lernstoff)?

Was sind die schulischen Stärken Ihres Kindes?

Was sind die schulischen Schwächen Ihres Kindes?

Hat Ihr Kind bereits einen Schulabschluss? Wenn ja, welchen?

V Freizeit/Familienleben

Nennen Sie die Lieblingsbeschäftigungen und Hobbies (evtl. Verein) Ihres Kindes:

Nennen Sie Fähigkeiten / Stärken / Begabungen Ihres Kindes:

Wieviel Medienzeit (PC, Fernseher, Handy, Konsole...) hat Ihr Kind am Tag? In der Woche?

Welche Regeln gibt es für Ihr Kind?

Wie oft trifft es Freunde in der Woche?

Welche gemeinsamen Familienaktivitäten gibt es?

Welche Konsequenzen/Strafen gibt es?

Wie trösten Sie ihr Kind?

Beschreiben Sie bitte die Beziehung Ihres Kindes zur Mutter:

Beschreiben Sie bitte die Beziehung Ihres Kindes zum Vater:

9. Schwerwiegende Ereignisse

Gab oder gibt es schwerwiegende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen, Arbeitsplatzverluste, Streit, Trennung, Gewalt, Unfälle) in der Familie oder im familiären Umfeld?

- ☐ nein
- ☐ ja, folgende:

Gibt es körperliche oder psychische Erkrankungen in der Familien oder bei Verwandten?

VI Körperliche Gesundheit

Körpermaße:

derzeitige Körpergröße Ihres Kindes:

derzeitiges Gewicht Ihres Kindes:

chronische Erkrankungen:

Wurde Ihr Kind schon im Krankenhaus behandelt?

- ☐ nein
- ☐ ja Krankenhaus:
Alter:
Grund der Behandlung:

Liegen Allergien vor? Welche:

Werden Medikamente eingenommen?

Name des/der Medikament(e):

Dosierung:

Seit wann:

Grund der Verschreibung:

Therapien/ Vorbehandlungen :	Name	Behandler	Zeitraum
------------------------------	------	-----------	----------

Logopädie:

Physiotherapie:

Ergotherapie:

Kinderarzt:

ambulante Psychotherapie:

teil-/stationärer Aufenthalt in psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen:

Erziehungsberatungsstellen:

Bitte bringen Sie ggf. Vorbefunde zum Erstgespräch mit.

VII Sonstiges

Gibt es aktuell weitere wichtige körperliche oder psychische Beschwerden, die bisher noch nicht genannt wurden? (Schlafprobleme, Schmerzen, akute oder chronische Erkrankungen, psychische Probleme)

Beim Kind:

Innerhalb der Familie:

Was wünschen Sie sich von der Therapie?

Was haben Sie selbst schon probiert, um das Problem zu lösen?

Was wäre anders, wenn das Problem bereits gelöst wäre?

Was möchten Sie noch mitteilen?

Vielen herzlichen Dank für's Ausfüllen!